

DE LA
PHLÉBITE VARIQUEUSE
ET EN PARTICULIER
DE SON INFLUENCE CURATRICE
SUR LES VARICES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

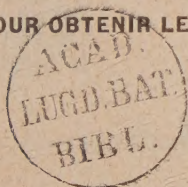
Le 28 Juillet 1899

PAR

Pierre GULDENSCHUH

Né à Cannes (Département des Alpes-Maritimes), le 12 juillet 1872

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



AVIGNON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE ET COMMERCIALE E. MILLO

74, Rue Carreterie, 74

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN.
HAMELIN (*)...... ASSESSEUR.

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNÉLTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N....

id. Bosc (Chargé du Cours)

Doyen honoraire : M. MAIRET ().*

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (), PAULET (O. *).*

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie générale.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, <i>président.</i>	MM. RAUZIER, agrégé.
ESTOR, professeur.	DE ROUVILLE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE
ANCIEN MAIRE D'AVIGNON

A MES PARENTS

PIERRE GULDENSCHUH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier

Hommage respectueux.

Au Docteur ANTOINE HUGUES

DE CANNES

A mon excellent Ami MARCEL DUPONNOIS

PIERRE GULDENSCHUH.

AVANT-PROPOS

Nous ne pouvons quitter la Faculté de Montpellier sans adresser aux Maîtres qui nous ont initié aux principes de notre art, un hommage public de respectueuse reconnaissance. Parmi ces Maîtres, il en est qui méritent des remerciements plus particuliers pour les marques de sympathie dont ils nous ont fait preuve. C'est ainsi que nous adressons à M. le professeur Tédénat, notre président de thèse, l'hommage de notre entière gratitude pour les marques de considération qu'il nous a données en quelques circonstances, et surtout pour nous avoir inspiré un sujet aussi utile.

M. le professeur agrégé Rauzier a droit à notre entier dévouement pour les bons conseils qu'il nous a toujours prodigués au moment des défaillances, pour son enseignement fécond et agréable, enfin pour les soins dévoués dont il nous a entouré au cours d'une maladie.

M. le professeur Bertin-Sans a bien voulu nous honorer de son amitié, et nous a plusieurs fois aidé à supporter les déceptions d'une vie d'études. Qu'il reçoive avec nos remerciements, un témoignage de profonde reconnaissance.

Nous avons toujours suivi avec un intérêt tout particulier les attrayantes leçons de M. le professeur Estor dans son service chirurgical; c'est dans ce service qu'un élève laborieux et attentif peut puiser à une source féconde et s'initier aux secrets de l'art chirurgical.

M. le professeur Baumel, de la clinique magistrale des maladies des enfants, a su nous faire aimer sa spécialité et nous a dévoilé le mystère de la Pédiatrie. Nous emportons de ses éloquentes leçons un précieux et agréable souvenir.

DE LA PHLÉBITE VARIQUEUSE

ET EN PARTICULIER

DE SON INFLUENCE CURATRICE SUR LES VARICES

INTRODUCTION

L'inflammation des varices, connue depuis longtemps au point de vue clinique, est une question dont la pathogénie n'a pu être éclairée que ces dernières années par les découvertes bactériologiques. Les travaux de Fernand Vidal et de Vaquez qui ont fixé l'étiologie des phlébites en général, ont permis de comprendre que la phlébite variqueuse est toujours le résultat d'une infection dont les voies d'accès sont multiples.

Cette complication des varices peut être mortelle, lorsqu'elle s'accompagne de lésions suppuratives et d'embolies septiques. La mort survient soit par embolie pulmonaire, quand un caillot détaché va obstruer un vaisseau du poumon, soit par septicopyohémie, quand chargé de microbes le caillot ne tarde pas à former dans les organes des infarctus suppurés. Mais souvent l'évolution de la phlébite est moins brutale ; dans bien des cas la phlébite localisée sur une veine sclérosée, épaissie, altérée jusque dans ses vasa vasorum qui la nourrissent mal, a une évolution subaigüe, et aboutit à une oblitération plus ou moins complète de la veine.

Le vaisseau oblitéré, isolé du courant circulatoire comme

si une ligature fermait sa lumière, tend spontanément à se scléroser, s'épaissir et à se transformer en un cordon fibreux imperméable. Ainsi se trouve réalisée une véritable cure spontanée, comparable à celle que réalise le procédé de Trendelenburg de la ligature et de la résection des veines variqueuses.

C'est ce mode particulier d'évolution qui sera envisagé dans cette thèse, et nous montrerons de quelle façon on peut arriver souvent à le produire, pour que la phlébite variqueuse ait une influence curatrice sur les varices.

Voici la division que nous avons adoptée :

CHAPITRE I^{er}. — *Historique de la phlébite variqueuse ;*

— II. — *Etiologie et pathogénie ;*

— III. — *Anatomie pathologique ;*

— VI. — *Symptomatologie et diagnostic ;*

— V. — *Evolution et pronostic surtout au point de vue de l'oblitération définitive et curatrice des varices.*

Le chapitre VI a trait aux indications thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La phlébite variqueuse est connue depuis longtemps, mais il a fallu les recherches contemporaines pour en fixer les conditions étiologiques et pathogéniques : et même dans les traités didactiques elle n'est citée qu'en passant, à titre de complication banale, sans intérêt bien considérable, exception faite de sa terminaison funeste.

C'est en effet pour attirer l'attention sur sa gravité que les anciens auteurs parlaient de l'inflammation des veines variqueuses. Comme le fait remarquer A. Broca, jusqu'en 1890, les auteurs modernes n'étaient guère plus explicites qu'Hévin, qui au dix-huitième siècle écrivait : « Le sang
« qui croupit dans les grosses veines, se change, avec le
« temps, en un caillot compact et presque noir, et il s'al-
« tère d'autant plus promptement qu'il est privé de tout
« mouvement. Le sang croupissant se dépose quelquefois
« au point d'altérer les tuniques des veines et de les ulcé-
« rer ultérieurement ; souvent elles dégèrent alors en
« abcès et ulcères malins de très difficile guérison, à moins
« qu'on ne détruise les varices. »

Dans son exposé succinct des recherches sur la phlébite, Ribes, en 1825, fut un des premiers à faire remarquer le rôle des varices dans l'étiologie de la phlébite. « J'ai recueilli plusieurs observations d'inflammation des veines, produites par les ulcères variqueux, dit-il, et cette cause y

donne souvent lieu. » Thiébaux consacra également quelques lignes à cette complication des varices dans sa thèse de 1854 : il conclut que la phlébite variqueuse se termine le plus souvent par résolution et que la suppuration est exceptionnelle.

Jousseau, en 1852, admet au contraire la fréquence de la suppuration des varices, quand il y a périphlébite. De même Bobillier dans sa thèse sur la phlébite des membres dit en passant « qu'on rencontre très souvent la phlébite à la suite d'ulcères variqueux, surtout s'ils sont irrités, comprimés avec frottement, par des chaussures ou d'autres parties de l'habillement. » Lefage, Vidal (de Cassis), Delmont ne sont pas plus explicites.

En même temps, on étudiait la phlébite variqueuse des femmes enceintes, et Nivert, en 1862, écrivit le premier travail sur la question, intitulé : « De l'inflammation des veines variqueuses chez les femmes en couches. » Les observations de Hervieux, (1867 et 1870) et de Marquet (Thèse de Paris) 1870, apportèrent des éclaircissements et des documents nouveaux.

Thabenat, en 1870, envisagea la question au point de vue de sa terminaison fatale, et dans sa thèse sur « la mort subite par embolie pulmonaire dans les varices enflammées » rapporta un certain nombre d'observations intéressantes. Enfin Villon, en 1888, dans sa thèse sur « la phlébite variqueuse post-puerpérale » qu'il dénomma pseudo-phle-matia alba dolens, cite cinq observations personnelles terminées par la guérison.

A la société de clinique chirurgicale, M. Blot, rapporte deux observations intéressantes de cure radicale de varices volumineuses par phlébite adhésive spontanée. Il s'agissait de deux femmes enceintes de sept mois qui présentaient des paquets variqueux enflammés du jarret et de la

malléole interne. Le traitement consista dans l'application de cataplasmes et dans l'élévation du membre à l'aide d'un plan incliné. Les tumeurs variqueuses enflammées guérissent et les veines qui les formaient disparaissent au bout de trois semaines. Cette communication de Blot donna lieu à une discussion intéressante de Chassaignac, Depaul, Trélat, Velpeau sur « la guérison radicale des varices par l'oblitération. »

Les travaux plus récents de Moydieu qui chercha à élucider le côté pathogénique de cette affection, de Schwartz (article veines du dictionnaire Encyclopédique) et en particulier l'important mémoire de A. Broca paru en 1889 dans la Revue de Chirurgie, ont précisé l'histoire clinique de la phlébite variqueuse.

Verneuil avait d'ailleurs attiré l'attention sur certaines formes graves de coup de fouet. Une autopsie lui avait permis de conclure que le plus souvent le coup de fouet qui s'accompagne de symptômes fonctionnels persistants, est dû à la rupture d'une veine profonde qui s'enflamme secondairement. Ce fait, affirmé par Verneuil en 1877, fut vérifié par les observations de Terrillon, et Clary reprit la question en 1883, avec des faits nouveaux à l'appui.

Ces dernières années, les découvertes bactériologiques éclairèrent d'un jour nouveau la pathogénie des phlébites, et du même coup, il fut permis de comprendre comment se développait la phlébite variqueuse, quels étaient les agents qui en déterminaient la production, et quelles pouvaient être leurs voies d'accès. Les remarquables études de Vidal sur la Phlegmatia alba dolens et l'Erysipèle, de Vaquez sur la phlébite des cachectiques en font les principaux éléments auxquels se rapportent aujourd'hui tous les classiques. Et Thérioux ne fit qu'en appliquer les données à l'inflammation variqueuse. Hartmann et Lieftring, partant de la même

idée, montrèrent par des recherches bactériologiques positives, que la phlébite hémorroïdaire, qui est, comme on le sait, la phlébite des varices ano-rectales, était due à une infection locale. L'état actuel de la question est d'ailleurs parfaitement exposé dans l'article « Varices » de M. Schwartz du traité de clinique de Le Dentu et Delbet.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie des phlébites variqueuses

Les varices sont une affection extrêmement fréquente. Il est difficile de dire exactement leur degré de fréquence chez l'homme, mais chez les femmes enceintes, Budin les a rencontrées une fois sur trois. Or, il est prouvé, depuis Briquet, que les hommes y sont plus prédisposés encore que les femmes. Et cependant nombre de variqueux échappent aux complications de leur affection et beaucoup vivent avec des varices sans jamais voir celles-ci s'enflammer. C'est que pour se produire, l'inflammation exige un ensemble de causes qui ne se trouvent pas toujours réunies.

Ces causes, divisées depuis longtemps en causes prédisposantes et en causes déterminantes ont une importance égale : mais quelles qu'elles soient, elles ont toutes le même rôle : celui de favoriser la pénétration microbienne sur l'endoveine du vaisseau altéré et de lui permettre de s'y fixer pour donner lieu aux phénomènes habituels de l'inflammation.

Il s'ensuit que l'agent infectieux qui est le plus souvent le streptocoque ou le staphylocoque est, à l'exclusion des autres conditions étiologiques, la seule cause déterminante. Toutes les autres, quels qu'en soient le degré et la nature, jouent seulement un rôle occasionnel, et ne sont que des causes favorisantes de l'infection variqueuse.

L'agent microbien est donc finalement responsable ;

les recherches de Widal pour la phlegmatia alba dolens, et de Vaquez pour la phlébite des cachectiques, ont permis d'établir ce fait qui paraît banal à l'heure actuelle, tant il entre dans les notions admises de pathologie élémentaire. Et l'on a pu prendre sur le fait, dans le caillot oblitérant la varice enflammée, ou sur les parois de la veine thrombosée, les agents qui, amenés accidentellement par des traumatismes, ou charriés par le sang dans les maladies générales, y avaient provoqué l'accident inflammatoire.

La pathogénie de la phlébite variqueuse est donc bien simple : elle se réduit à l'infection d'une veine variqueuse, et toutes les circonstances, toutes les conditions qui favoriseront cette infection seront autant de causes, au sens clinique du mot, de l'affection. Ces dernières étaient longuement étudiées par les anciens auteurs, qui les divisaient en causes générales et en causes locales.

Pour les premières et en tête, ils plaçaient le froid, que bien souvent les malades rendaient responsable de leur accident. Evidemment le froid amène des modifications circulatoires qui diminuent la résistance des tissus ; mais il constitue une complication plus facile à citer qu'à prouver péremptoirement. Et si le rôle du froid ne doit pas être nié, pas plus d'ailleurs que dans d'autres inflammations locales, il convient de réduire son influence à celle d'une condition étiologique tout à fait secondaire.

Le rhumatisme chronique, l'arthritisme, le diabète, et toutes les diathèses ont été ensuite et depuis longtemps invoqués. Ici encore leur action est faible et leur influence se réduit à diminuer la résistance de l'organisme en général et des veines en particulier à l'affection.

Il n'en est pas de même des maladies générales infectieuses. Survenant chez un variqueux, la fièvre typhoïde, la grippe, la rougeole, la variole, les diverses manifestations

pneumo cocciques et streptococciques peuvent donner lieu aux localisations secondaires, en particulier aux inflammations variqueuses. On sait d'ailleurs que le processus qui transforme une veine en varice, est un processus inflammatoire, à marche lente, insidieuse, chronique, aboutissant à des lésions réactionnelles, qui transforment le vaisseau en tube fibreux dégénéré. La veine variqueuse est « un foyer mal éteint d'inflammation chronique ». Que, dans une maladie générale, le sang, normalement aseptique, charrie des microbes et ceux-ci seront dans de bonnes conditions pour faire coaguler le sang dans la veine altérée, la thromboser et même la faire suppurer. Les observations qui prouvent la réalité de tels faits sont nombreuses, et les auteurs déjà cités en ont donné de remarquables : il leur était toutefois impossible d'expliquer le mécanisme intime de la phlébite dans les maladies générales, avant que la nature infectieuse de la phlébite en général ait été démontrée par Widal et Vaquez. Moydieu en 1881, dans la thèse déjà citée, concluait, après une longue discussion, basée sur des hypothèses qui depuis ont été éclairées par la bactériologie, que « la phlébite variqueuse se développe par un mécanisme « obscur, analogue à celui des thromboses dites spontanées, « c'est-à-dire en vertu d'une oblitération particulière du « sang que l'on admet, mais qui est encore inconnue. »

On peut donc grouper sous le même titre de causes occasionnelles toutes les infections générales, parmi lesquelles entrent aujourd'hui l'embarras gastrique fébrile, le rhumatisme aigu, le pseudo-rumatisme infectieux, les amygdalites et les angines (trois cas de Quénu), l'infection puerpérale.

Il n'est pas jusqu'au gonocoque qui ne soit capable de (produire cette complication. La phlébite blennorrhagique straligoupoulos, thèse de 1888, Montpellier) a désormais

son histoire décrite en détail dans le travail récent que nous venons de citer.

Il est plus difficile de dire la relation pathogénique qui existe entre la grossesse et la phlébite variqueuse. La phlébite variqueuse des femmes enceintes, étudiée par Nivert, Hervieux, Marquet, Chabenat, n'est pas exceptionnelle; mais si son évolution clinique est bien connue, ses conditions étiologiques le sont moins, et, étant donné que le sang d'une femme enceinte en bonne santé est aseptique, on ne peut guère trouver dans la gestation, une raison suffisante pour expliquer la localisation sur une varice d'un agent infectieux qui n'existe pas dans l'organisme. Cet agent microbien pénètre très probablement par une lésion de voisinage; c'est ici qu'il faut invoquer la cause en réalité la plus fréquente des phlébites variqueuses, à savoir la lésion locale.

En effet, c'est généralement une solution de continuité soit de la veine (traumatisme, coup de couteau, etc.), soit des tissus voisins, qui constitue la porte d'entrée aux microbes qui vont enflammer la veine : bon nombre d'observations, et en particulier celles que nous devons à la bienveillance de notre maître, M. le professeur Tédénat, en sont de remarquables exemples. On sait que les varices entraînent à leur suite tout un cortège varié de troubles trophiques, qui portent leurs ravages avant tout sur la peau : l'eczéma sec ou humide des variqueux, premier stade d'une lésion trophique très fréquente, l'ulcère variqueux, en sont des conséquences précoces. A sa surface, constamment traumatisée par le frottement incessant des habits, le contact des chaussures, et souillée par les poussières que la sueur et le suintement concrètent en une croûte où pullulent les staphylocoques et les microbes divers de la suppuration, l'infection est une menace permanente et terrible. Il est même difficile de concevoir pourquoi cette infection n'est

pas plus fréquente : il est vrai qu'il faut faire intervenir la résistance du terrain qui se défend plus ou moins vigoureusement, dans cette lutte avec les agents infectieux. Ce sont donc toutes les solutions de continuité accidentelles ou trophiques de voisinage, qui sont, comme l'ont écrit Broca et Schwartz, et comme nous avons entendu maintes fois le professeur Tédénat y insister dans ses leçons cliniques, les causes prédisposantes de l'inflammation des veines variqueuses. Et il est inutile de citer des observations pour démontrer la réalité de cette affirmation que tout praticien a pu constater.

En résumé, la phlébite variqueuse résulte d'une infection locale, déterminée par les agents habituels de la suppuration, amenés par la voie circulatoire (maladies générales, puerpéralité), ou ayant pénétré à la faveur d'une plaie ou d'une lésion trophique de voisinage (ulcère variqueux).

CHAPITRE III

Anatomie-pathologique

Les lésions de la phlébite variqueuse paraissent ne différer de celles de la phlébite ordinaire que par le terrain sur lequel elles évoluent.

L'inflammation aigüe ou subaigüe, greffée sur un processus de dystrophie veineuse, aboutit à la thrombose pariétale ou oblitérante, en suivant une marche qui ne semble pas différer de la phlébite simple.

Nous ne décrivons pas en détail les lésions qui caractérisent la phlébite variqueuse : son étude anatomique est surtout faite d'autopsies, et le nombre d'autopsies révélant d'une manière précise les lésions des varices enflammées est fort restreint. Les quelques exemples relatés par Nivert et Moydieu sont suffisants pour écrire un chapitre d'anatomie-pathologique.

Nous allons seulement réunir les modifications qui sont caractéristiques de la phlébite variqueuse.

Lorsque par un mécanisme variable, les micro-organismes pénètrent dans une veine variqueuse, ils déterminent une altération endothéliale qui est toujours, comme on l'admet aujourd'hui, la clef des phénomènes qui se dérouleront ultérieurement : en tête se place la thrombose. Celle-ci, consistant dans la production d'un caillot au niveau du point où l'endoveine a été touchée par les agents infectieux, aboutira le plus souvent à l'oblitération du vaisseau :

il y aura thrombose variqueuse oblitérante. Mais le sang continuera à affluer par les collatérales, et le caillot primitif s'accroîtra progressivement par la formation de nouvelles couches fibrineuses qui le coifferont dans le bout central de la veine, et formeront ainsi un long caillot allongé. Dans la phlébite variqueuse, comme dans l'inflammation d'une veine à parois normales, le caillot n'aura pas été primitif ; il se sera formé secondairement à l'endophlébite. Mais une fois constitué, la thrombose évoluera de deux façons différentes, suivant les cas : ou bien, si les microbes sont très virulents ils détermineront une inflammation violente, et il y aura alors phlébite suppurée : ou bien, comme dans les cas habituels, les phénomènes marcheront vers la résolution, et la phlébite adhésive aboutira à l'oblitération définitive de la veine. Dans certaines circonstances, la phlébite tournera court dès le début, et le vaisseau récupérera sa perméabilité par résorption progressive du caillot.

I. — *Phlébite suppurée.*

Elle peut être suppurée d'emblée ou secondairement à la suppuration du caillot. Elle est circonscrite ou diffuse (Moydieu). Dans les deux cas, la paroi vasculaire s'infiltré de pus qui peut se collecter en petits abcès amenant l'ulcération de la veine et déterminant un phlébo-phlegmon : celui-ci évoluera comme un abcès chaud ordinaire ; c'est ce qui a lieu dans la forme circonscrite où, le plus souvent, les lésions sont limitées au siège primitif de l'inflammation.

Dans la forme diffuse, les dégâts sont considérables. Sur une longueur plus ou moins grande de la veine, on trouve du pus collecté ou infiltré dans le tissu conjonctif périveineux. Les tuniques, externe, moyenne, et interne sont sphacélées. Sur une longueur plus ou moins grande aussi, il y a infiltration œdémateuse de la paroi externe de la veine ;

mais cette infiltration est toujours irrégulièrement étendue, à cause de la sclérose déformante qui a altéré la forme du vaisseau.

Les caillots formés dans la lumière de la veine variqueuse, peuvent se ramollir et suppurer rapidement : on trouve alors une sorte de liquide puriforme que Virchow a considéré comme de la fibrine modifiée par une transformation clinique. Or, il est prouvé à l'heure actuelle, qu'il s'agit bien de véritable pus et Widal dans la plegmatia des femmes en couches, y a trouvé des streptocoques pyogènes.

La terminaison de cette phlébite, lorsqu'elle n'est pas mortelle, par embolie ou septico-pyohémie, suivant un mécanisme commun aux formes adhésive et suppurée, aboutit toujours à l'oblitération définitive des vaisseaux variqueux.

Une fois la virulence du caillot suppuré éteinte, dès que les phénomènes réactionnels ont cessé, ou que l'abcès a été évacué à l'extérieur, un processus de réparation commence que nous étudierons à propos de la phlébite adhésive.

Mais c'est une terminaison heureuse qui est exceptionnelle. Très souvent des abcès multiples se produisent, la phlébite suppurée diffuse rapidement, des foyers infectieux se forment dans les viscères et le malade meurt de septico-pyohémie, quand il a échappé à l'embolie brutale.

II. — *Phlébite adhésive*

C'est la forme anatomique atténuée, celle qui est provoquée par des micro-organismes de virulence faible ; elle est de beaucoup la plus fréquente, et ses lésions ne diffèrent de celles de la phlébite en général que par les modifications déjà subies par la veine devenue variqueuse.

Dès que l'endoveine a subi le contact de l'élément infec-

lieux, le sang se coagule dans le vaisseau, et il se forme une thrombose. Le fond d'une valvule en est le siège initial dans les veines normales. Dans les varices où les valvules forcées sont devenues insuffisantes, la coagulation se fait le plus souvent, au niveau d'une de ces dilatations irrégulières, dues à l'épaississement inégal des parois. Le thrombus s'accroît rapidement par la juxtaposition successive de nouvelles couches de fibrine et devient bien oblitérant. En même temps que ces phénomènes aboutissent à la thrombose oblitérante, il se produit un processus de périphlébite qui fait adhérer la veine au tissu conjonctif dans lequel elle chemine. Il en résultera, même après la guérison de la phlébite, un enkystement du vaisseau adhérent à la face profonde de la peau.

Quelle sera maintenant l'évolution anatomique de la phlébite variqueuse ? Elle se fera de deux façons différentes, suivant les cas : dans les formes subaiguës, lorsque la cause qui avait favorisé l'inflammation variqueuse disparaît, la thrombose n'arrive pas à produire l'oblitération complète du vaisseau. Celui-ci reste perméable. C'est le degré inférieur de la phlébite variqueuse adhésive. Il s'observe souvent chez d'anciens variqueux qui voient de temps en temps leurs paquets de phlébectasie se tuméfier, devenir douloureux, en même temps que l'œdème du membre s'accroît considérablement.

Plus fréquemment, la thrombose aboutit à l'oblitération complète et définitive de la veine variqueuse, et cela par un mécanisme actuellement bien connu : la paroi interne de la veine prolifère, pénètre le caillot dans tous les sens, et peu à peu se substitue à lui ; au lieu d'une masse molle et friable qui à tout moment pouvait se fragmenter pour produire des embolies, le thrombus devient, par le fait de l'endophlébite végétante, un bouchon de tissu spongieux

qui transformera bientôt la veine en un cordon fibreux, plein, imperméable. On voit donc que l'inflammation de la phlébectasie a pour résultat, dans les cas heureux, d'amener l'oblitération de sa lumière, par le fait de l'organisation du thrombus.

Enfin, il est un mode de terminaison de la phlébite variqueuse dont nous n'avons pas encore parlé. Comme dans les phlébites simples, il peut arriver que des fragments du caillot se détachent et soient emportés vers le cœur qui les lance ensuite dans les poumons : ils y forment des infarctus suppurés s'ils sont petits et chargés de microbes, ou amènent la mort immédiate, s'ils sont volumineux et s'arrêtent dans une branche assez grosse de l'artère pulmonaire ; de telle sorte que la résolution, la suppuration ou l'oblitération de la veine, les trois modes de terminaison vers lesquels peuvent évoluer la phlébite variqueuse, peuvent être devancés par une complication redoutable : l'embolie pulmonaire, qui amènera la mort subite ou la pyohémie.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et Diagnostic

Les signes par lesquels se manifeste l'inflammation variqueuse, varient suivant le siège superficiel ou profond des varices; mais, dès maintenant, nous pouvons bien dire que sauf dans certaines régions comme le mollet, ce sont les veines sous-cutanées qui sont le plus souvent le siège de cet accident, à cause des lésions cutanées qui favorisent l'infection. En réalité, l'importance de la phlébite variqueuse profonde n'est pas moins grande, mais par sa rareté, et les difficultés qu'on éprouve à la dépister, sa symptomatologie est bien moins nette.

Au point de vue classique, Broca étudie successivement la phlébite des varices serpentine et la phlébite des varices ampullaires, qu'il envisage chacune aux divers stades de leur évolution. M. Schwartz passe en revue la phlébite tronculaire, la phlébite des paquets variqueux, la phlébite suppurée. Nous adopterons cette division, en insistant sur la phlébite adhésive.

a) *Phlébite tronculaire*. — Un individu depuis longtemps affecté de varices des membres inférieurs, éprouve un jour une fatigue qui se répète les jours suivants. Le soir, il a un peu d'œdème malléolaire; bientôt sa jambe s'enfle, la marche devient impossible, le malade s'alite. Lorsqu'on examine le membre, on trouve le segment situé au-dessous des varices enflammées œdématisé, et une zone douloureuse

à la pression, sur laquelle se dessine un cordon rouge, un peu noueux. « Cette couleur, due à la périphlébite, dit M. Broca, n'est pas d'un rouge très vif, mais elle est un peu sombre, violacée. » Par la palpation, on perçoit un cordon saillant, adhérent à la peau ; lorsque la varice est serpentine, on peut la suivre dans toutes ses sinuosités.

Il se peut que tout le système veineux superficiel du membre soit atteint : on a alors une phlébite variqueuse totale, qui ne tarde pas à envahir les veines profondes.

Broca fait justement remarquer que les ampoules veineuses latérales, véritables anévrysmes veineux, comme les appelait Bonnet de Lyon, sont un siège de prédilection pour la phlébite, et il est fréquent de voir sur un membre atteint de varices serpentine ces ectasies thrombosées.

« Des tuméfactions noueuses marquent sur le cordon « phlébitique les places où les parois noueuses amincies se « laissent distendre latéralement. » Dans certains cas, c'est de ces ampoules variqueuses que part l'inflammation qui s'étendra ensuite aux varices de voisinage. Verneuil en observe un cas où la mort eut lieu par embolie pulmonaire.

b) Phlébite des paquets variqueux. — Ici encore le début peut-être insidieux, mais plus rapide dans son évolution ; en quelques jours, quelquefois en quelques heures, il se forme une véritable tumeur inflammatoire bleu noirâtre, qui double le volume d'un paquet variqueux, et accentue sa saillie habituelle sur la face interne du tibia au mollet, à la face interne de la cuisse ou du genou. Très rapidement, la périphlébite fait adhérer la tumeur variqueuse à la peau, qui ne pourra désormais plus s'en détacher, sans qu'on ouvre les vaisseaux altérés. Des douleurs spontanées, que la moindre pression ou le choc le plus faible avivent brusquement, caractérisent cette polyphlébite variqueuse, au point de vue fonctionnel.

Les phénomènes généraux accompagnent toujours les phénomènes locaux ; la fièvre monte au dessus de 38° et s'y maintient ; les troubles digestifs s'installent ; les complications auxquelles nous allons revenir sont à redouter.

c) *Phlébite variqueuse profonde.* — Ici les signes font défaut : la phlébite variqueuse ne se traduit pas par des phénomènes appréciables à la vue ou au toucher, sauf dans le cas où elle retentit secondairement sur les veines superficielles. Dans un cas de Terrillon, la veine saphène externe se prit aussi après un coup de fouet.

Presque toujours, la phlébite variqueuse profonde primitive a son siège dans le mollet. Son signe pour ainsi dire pathognomonique est la douleur, que la marche, le ballottement des muscles accentue, au point que tout mouvement devient bientôt impossible.

Cette phlébite du mollet a quelquefois pour origine une rupture d'une varice profonde qui, au bout de quelques jours, évolue vers la phlébite. C'est la forme grave du coup de fouet de Verneuil, et bien qu'il manque des autopsies pour en prouver anatomiquement l'existence, les auteurs s'accordent pour l'admettre.

Mais dans un certain nombre de cas, la phlébite survient sans donner lieu à des symptômes bien nets, et c'est à peine s'il se produit un peu de rougeur de la peau au niveau de la varice enflammée. Contrairement à ce qui a lieu dans la phlegmatia alba dolens, il n'y a pas d'œdème du membre, il n'y a pas de douleur vive, sauf une légère sensibilité au niveau du vaisseau atteint ; l'impotence fonctionnelle est peu marquée. Cette forme de phlébite a été étudiée par Lejars, sous le nom de « Phlébite latente des variqueux. » Elle se développe souvent sans la moindre cause : un mouvement forcé, un frottement léger, une pression ou un choc en apparence insignifiants. Sans lésion initiale, cette

phlébite passe souvent inaperçue par le fait du faible degré de ses symptômes. Aussi, autant que les autres formes, la phlébite des variqueux peut-être l'origine d'accidents mortels. Il en est quelquefois ainsi chez les variqueux immobilisés à la suite d'interventions chirurgicales sur le genou ou le pied, ou pour permettre la consolidation d'une fracture.

Après quarante jours d'immobilisation pour une fracture de jambe, un homme d'une cinquantaine d'années, variqueux, se lève et malgré la recommandation de Lejars, enlève la botte silicatée qu'on lui avait placée et se met à marcher. Un soir, sa jambe s'enfle, mais il n'en tient pas grand compte ; quelques jours après, il est pris brusquement de suffocation et succombe. Azam, depuis longtemps avait d'ailleurs attiré l'attention des praticiens sur la mort subite aux premiers essais de marche, chez les fracturés âgés, immobilisés dans des appareils. Il importe de savoir que ces accidents sont dûs à des thromboses latentes, indolentes, mais qui n'en ont pas moins une terminaison terrible, quand on ne sait pas les reconnaître et les traiter comme il convient.

Le diagnostic des phlébites variqueuses superficielles se fait facilement, grâce à la saillie du cordon rouge vineux qui chemine sous la peau, et qui permettra d'éliminer une simple lymphangite à laquelle il faut toujours penser, surtout s'il existe un ulcère. Mais la lymphangite débute par un frisson, et une élévation brusque de température ; elle s'accompagne d'un état fébrile plus intense. La peau, au niveau de la zone inflammatoire, est d'une couleur plus rose et plus vive ; le cordon saillant est plus petit, moins dur, intimement uni à la peau ; ses limites se perdent presque insensiblement dans les régions voisines. Il existe des ganglions dans les régions tributaires des lymphatiques soupçonnés d'inflammation.

La notion et l'existence des varices permettront d'affirmer le diagnostic dans un bon nombre de cas.

Lorsque le membre en paraîtra indemne, on aura droit de songer à l'érythème noueux, ou à une gomme syphilitique, bien qu'à la vérité il puisse rarement se commettre des erreurs semblables.

Mais les difficultés sont plus considérables quand il s'agit de varices profondes. Seule, la phlébite variqueuse du mollet qui constitue depuis que Verneuil lui a donné une individualité propre, la phlébite profonde classique, et qui succède au « coup de fouet », peut être dépitée, plutôt par des hypothèses, que par les symptômes auxquelles elle donne lieu. Un signe important mettra dans certains cas sur la voie du diagnostic : il se produit au bout de quelques jours un hématome qui indique une rupture vasculaire importante et qui a été noté depuis longtemps par Verneuil, Clary. Quant aux phlébites variqueuses intra-musculaires, il est presque impossible de les reconnaître et le hasard seul peut les faire diagnostiquer. Témoin la phlébite des veines jumelles, dont Tuffier présenta les pièces à la Société Anatomique en 1884, et qui, s'étant accompagnée d'hydarthrose du genou, firent penser à Verneuil qu'il s'agissait d'un kyste du creux poplité.

CHAPITRE V

Evolution et Terminaison

« Cure radicale spontanée »

Les veines qui s'enflamment sous l'influence d'une infection locale ou d'une maladie générale, suivent des destinées variables : celles-ci ne diffèrent guère, d'ailleurs, de celles de la phlébite simple dans leurs degrés extrêmes, mais il semble que la terminaison soit bien plus souvent favorable. S'il existait des statistiques pour comparer les divers modes d'évolution des phlébites simples et des phlébites variqueuses, elles seraient certainement en faveur de ces dernières.

De même que la phlébite simple, la phlébite variqueuse peut, après une période aigüe ou subaigüe, tourner court, arriver à la résolution graduelle, ou au contraire aboutir à la suppuration. En d'autres termes, il y a deux catégories de phlébites variqueuses : celles qui suppurent et celles qui ne suppurent pas. Nous allons les étudier au point de vue clinique, puisque nous avons déjà décrit les lésions qui les caractérisent.

I. — *Suppuration des varices*

Il est assez rare que la phlébite devienne suppurée. Il semble que les varices, foyers mal éteints d'inflammation chronique, susceptibles de se réchauffer à tout instant, échappent dans une certaine mesure à la suppuration.

Les varices tronculaires et même les paquets variqueux peuvent en être le siège. Moydieu et Mérieux ont divisé les phlébectasies suppurées en deux groupes : la forme circonscrite et la forme diffuse. Dans la première, il se forme seulement des abcès phlébitiques circonscrits qui aboutiront par périphlébite à de véritables phlébo-phlegmons ;

Dans la seconde, le plus fréquemment rencontrée, la suppuration s'étend rapidement, et il se fait une véritable généralisation de foyers infectieux. « Les grandes voies de transmission sont envahies (saphènes, tibiales, péronières) : les voies anastomotiques, les veines extra et intra musculaires également, les ampoules, les confluent veineux, les poches variqueuses isolées. »

Le processus de division qui rend si grave la phlébite variqueuse diffuse se comprend aisément si l'on sait l'explication qui en a été donnée par M. Broca. D'après cet auteur, le sang se chargeait d'éléments infectieux dans les poches ampullaires qui sont dues à la dilatation irrégulière des veines sclérosées ; circulant ensuite de bas en haut, il ensemenait sur son passage l'endoveine des varices et des veines sus-jacentes. Par ce mécanisme, on conçoit que tout un arbre veineux puisse être le siège d'une phlébite diffuse suppurée ; alors le point de départ est dans une varice ampullaire, par exemple.

Cette phlébite suppurée diffuse réalise rapidement le tableau de l'infection purulente, et on assiste en quelques jours à une terminaison fatale, au milieu des phénomènes généraux de la pyohémie. Assez souvent, elle est hâtée par l'apparition d'une embolie pulmonaire. Il n'y a eu, en somme, aucune différence entre la phlébite variqueuse suppurée et la phlébite suppurée simple, au point de vue de leur évolution clinique.

II. — *Phlébite variqueuse adhésive*
Terminaison par embolie pulmonaire

Sous ce titre, on comprend tous les degrés anatomiques de la phlébite variqueuse, depuis la forme atténuée qui correspond à la phlegmatia alba dolens, jusqu'à la forme d'intensité moyenne, mais sans tendance à passer à la suppuration. Dans toutes ces formes, quelle que soit leur origine microbienne, leur siège anatomique, les complications dont elles s'accompagnent, la résolution est la terminaison habituelle. Mais nous ne parlons que des cas heureusement influencés par une thérapeutique rationnelle. En effet, que le malade continue à marcher, qu'il reçoive un coup sur son paquet variqueux enflammé, qu'il fasse une chute, et une embolie peut se détacher du caillot oblitérant : la mort est alors fatale. Les faits de cet ordre sont loin d'être rares, et il suffit de lire avec attention les observations rapportées par Verneuil, Le Dentu, Hayem, Chabenat, Broca, pour voir que, avant l'antisepsie et la connaissance exacte des causes de la phlébite, cette terminaison n'était pas très rare. Gautier, en 1877, a rapporté un cas absolument typique : chez un malade atteint de phlébite variqueuse du mollet, mort subitement au cours de son affection, cette auteur trouva une thrombose remontant presque dans la veine fémorale, et des embolies obstruant l'artère pulmonaire droite.

Le mécanisme ne diffère en rien de celui par lequel se produisent les embolies pulmonaires dans la phlébite simple, alba dolens des puerpérales. Aussi ne nous y arrêtons-nous pas, pour passer à l'étude d'une terminaison plus favorable, et on peut presque dire particulière à la phlébite variqueuse : l'oblitération définitive de la phlébectasie et secondaire-

ment la guérison radicale des varices qui se sont enflammées.

III. — *Terminaison par oblitération veineuse*

« Cure radicale spontanée » des varices

Nous avons vu dans les deux paragraphes précédents, destinés à éclairer le mode de terminaison de la phlébite variqueuse, que cette dernière avait deux modes de terminaison : la suppuration et l'embolie pulmonaire, cette dernière fatalement mortelle. Mais la phlébite variqueuse a d'autres destinées : l'oblitération de la veine.

Lorsque la phlébite a suivi une marche subaiguë, que les phénomènes inflammatoires ont été enrayés à temps, la résolution se fait progressivement et la varice revient à son état primitif. Dans certains cas même, la poussée inflammatoire détermine, ou plutôt met en évidence d'autres varices superficielles, qui auparavant étaient imperceptibles. Ce fait a été depuis longtemps signalé par Trélat. Mais un fait autrement important et sur lequel nous avons entendu insister M. le professeur Tédénat, ce sont les modifications subies par la veine thrombosée et qui amènent l'oblitération définitive. Nous avons vu, au chapitre de l'anatomie-pathologique, que le premier effet de l'infection est d'amener une réaction de la part de l'endoveine ; il y a endophlébite variqueuse : celle-ci donne lieu aussitôt à la coagulation du sang à son niveau. Les caillots ainsi formés joueront un rôle actif dans la destinée ultérieure du vaisseau. En effet, ils deviennent le point de départ de prolifération de la tunique interne. Un processus d'endophlébite végétante succédera à la phlébite adhésive, et le caillot, pénétré par les bourgeons nés de la paroi veineuse altérée, deviendra un véritable bouchon, solidement adhérent, qui obturera

complètement la lumière vasculaire. Ultérieurement, ce caillot pourra s'infiltrer de calcaire ; des phlébolithes pourront s'accumuler en amont et en aval pour étendre encore la longueur du segment oblitéré. Ainsi la phlébite variqueuse, une fois guérie, aura amené par endophlébite végétante, l'imperméabilité de la veine ou des paquets variqueux.

Ce fait, vraiment remarquable, n'avait pas échappé à la sagacité des anciens chirurgiens, et en 1862, Blot, rapportait trois observations de femmes enceintes qui avaient vu leurs varices diminuer de volume, et même s'enflammer complètement après une poussée de phlébite. Mais on s'expliquait mal le mécanisme qui pouvait amener ce résultat ; ce sont les travaux contemporains, et en particulier les recherches de Trendelenburg qui ont démontré et vulgarisé cette notion que l'insuffisance valvulaire et le reflux du sang dans les veines sont les conséquences physiologiques des oblitérations variqueuses. De ces deux éléments résultent tous les troubles fonctionnels et trophiques des varices. Il s'ensuit comme corollaire thérapeutique, que le traitement des varices doit précisément réaliser la suppression du reflux du sang et de la distension veineuse, étroitement liés à l'insuffisance valvulaire. Or, et tous les chirurgiens ont vérifié dans leur pratique les conclusions de Trendelenburg, il faut pour obtenir ce résultat, pour faire la cure radicale des varices, interrompre par des ligatures ou des résections la colonne sanguine qui va du cœur jusqu'au pied, par les saphènes dilatées, les veines iliaques, la veine cave. Les faits sont nombreux qui prouvent l'exactitude de cette théorie, et la ligature de la saphène interne, l'excision d'un paquet variqueux du mollet, suffisent souvent pour faire d'un individu impotent un homme valide, capable de rester debout toute une journée, alors que ses varices lui interdisaient tout

travail. C'est ce beau résultat que produit la phlébite variqueuse adhésive. Elle réalise une ligature naturelle : cette ligature interrompt aussi bien et mieux qu'un fil de soie la circulation dans la phlébectasie.

Les phénomènes inflammatoires éteints, les varices devenues imperméables s'affaissent, les troubles circulatoires diminuent, l'œdème disparaît, les ulcères variqueux se cicatrisent, les troubles fonctionnels cessent : les observations que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le Professeur Tédénat, en sont, sans contredit, des exemples.

La phlébite variqueuse a amené la cure radicale spontanée des varices dans les territoires voisins.

Première Observation

(due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat).

Phlébite adhésive des deux saphènes crurales consecutive
à une attaque de grippe.

Louis N. 23 ans, entre le 15 mai 1894 à l'hôpital Suburbain, salle Bouisson n° 10 dans le service de M. Tédénat.

Il a eu le 10 avril au 3 mai, une fièvre intense avec céphalagie, douleurs musculaires, dyspepsie, grand affaiblissement. Le diagnostic de grippe a été porté.

Depuis sept ou huit jours, douleurs sourdes à la face interne des cuisses avec gêne des mouvements, rougeurs diffuses avec lignes dures au niveau desquelles existe une rougeur foncée

Quand le malade entre à l'hôpital, on sent sur le trajet des Saphènes, depuis leur extrémité supérieure jusqu'aux condyles un cordon dur avec quelques nodules : la rougeur s'est limitée ; à la jambe il n'existe ni rougeur ni œdème.

Le malade est mis au repos, avec enveloppement ouatocautchouté des deux membres inférieurs.

Tisane de quinquina.

Lentement et progressivement les douleurs toujours très

vives diminuent, la rougeur pâlit et se localise : les nodules phlébitiques se rétractent, et le 3 Juillet, quand le malade quitte le service, on sent les deux saphènes dans toute leur portion crurale sous forme de tubes durs semblant placés dans un sillon déprimé. Il n'existe pas d'ectasies veineuses aux jambes.

Observation II

(due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat)

Paquet variqueux en arrière du Condyle interne. — Dilatation de la saphène à la cuisse avec insuffisance valvulaire. — Guérison par
« Phlébite Oblitérante »

Henriette B... 30 ans. Père goutteux ; réglée à 14 ans. Pas de grossesse. Menstruation régulière. Santé générale bonne, sauf quelques accès de migraine.

La malade consulta M. Tédénat pour un paquet de veines dilatées, serpentines, situées en arrière du condyle interne du membre inférieur droit. Les veines de la jambe sont peu dilatées et il n'y a pas de troubles trophiques notables. Dans sa portion crurale la veine saphène est dilatée, un peu flexueuse. Les valvules sont nettement insuffisantes. Cet état remonte à un an et s'est établi rapidement sans cause connue. Rien au membre inférieur gauche. M. Tédénat conseilla la résection de la saphène à la cuisse ; l'opération ne fut pas acceptée.

Six mois plus tard (3 mai 1896), la malade eut une angine intense et quelques jours après appela M. Tédénat pour des douleurs au niveau du paquet variqueux.

Voici l'état le 4 mai : la peau est rouge avec des stries larges plus foncées ; œdème mollassé de tout le paquet variqueux. Le doigt sent les vaisseaux d'une façon peu distincte. Léger œdème du tiers supérieur de la jambe. A la cuisse la saphène porte des nodules durs, échelonnés à diverses hauteurs sur tout le trajet. Une bande d'œdème accompagne le vaisseau. Les douleurs sont vagues et peu intenses. Pas d'adénite inguinale. Le pouls, est à 80, la température à 37°, 6 le soir.

M. Tédénat conseille d'envelopper le membre d'une couche de ouate qui est recouverte d'une lame de caoutchouc et fixée par une bande. Repos au lit. Lait, 0,50 centig. de sulfate de quinine.

La malade ne souffre pas, n'a pas de fièvre. Le pansement est changé le 9 mai. Pas de modifications appréciables de l'état des veines enflammées, peut-être un peu d'amélioration. Le 17 mai : les veines sont plus distinctes, de consistance dure, moliniforme au doigt explorateur. La gaine inflammatoire de la saphène crurale a diminué de largeur et est plus dure. Les nodules phlébitiques sont moins gros. Le même traitement est continué.

A la fin de juin, la saphène est oblitérée sur la plus grande partie de son étendue à la cuisse ; le paquet variqueux sus condylien est rétracté et se présente sous forme de grains durs avec quelques fines veinules à sa partie antérieure. Les veines de la jambe qui d'ailleurs étaient fort peu dilatées ne le sont plus, mais sont perméables.

M. Tédénat voit la malade de temps en temps. En juin 1899, il a constaté que la guérison persistait sans production de varices nouvelles.

CHAPITRE VI

Traitement

La phlébite variqueuse constitue, comme l'a dit M. Schwartz, une "épée de Damoclès" ; qui, à toute minute, peut tuer le malade. Un mouvement brusque, un choc peut détacher le caillot qui amènera la mort immédiate. Il faut donc envisager de très près les moyens de traitement, et poser leurs indications respectives.

Les procédés de traitement se réduisent à deux : les moyens non sanglants, qui sont en réalité de l'expectation armée, et les moyens sanglants qui se résument dans l'extirpation des varices enflammées, comme l'a fait et le conseille Schwartz.

En présence d'un malade dont les varices sont atteintes d'inflammation, il faut tout d'abord, ce qui est d'ailleurs une règle commune à toutes les phlébites, maintenir le malade dans le repos le plus absolu, et placer le membre dans une situation élevée. Pour éviter les chocs et les pressions qui pourraient traumatiser la veine thrombosée, on enroulera le membre dans une épaisse couche de ouate modérément serrée avec une bande de flanelle, et on l'immobilisera dans une gouttière. Si les douleurs sont violentes, la morphine, l'opium calmeront avantageusement le système nerveux. On pourra aussi appliquer des pansements humides antiseptiques, des compresses imbibées d'eau blanche ou une solution saturée de chlorydrate d'ammoniaque, vieille for-

mule renouvelée des anciens. Notre maître, M. le Professeur Tédénat, applique systématiquement, en présence de varices qui montrent un début d'inflammation, des pansements humides antiseptiques. Cette conduite suffit souvent pour amener la résolution ; lorsque, malgré l'application de compresse de sublimé, l'inflammation fait des progrès, et qu'il se développe des abcès (ce qui est relativement rare quand l'affection est traitée dès le début), ceux-ci ont une tendance spontanée à se limiter, par le fait de l'atmosphère antiseptique qui les enveloppe. C'est sans doute en vertu de son action particulièrement résolutive que la verveine sauvage en cataplasmes alcoolisés put amener dans un cas la résolution d'une phlébite simple ; le praticien, en face d'une phlébite variqueuse, ne pourrait-il pas avoir recours à ce moyen ?

Le traitement médical est celui qui est en vigueur jusqu'à présent, auprès de tous les chirurgiens. Il le sera encore longtemps dans la clientèle courante. Il amène la résolution, dans les cas heureux, en quelques semaines, quelquefois après deux ou trois mois. Le malade peut rester impotent pendant un certain temps, mais il a été mis à l'abri des accidents graves.

Lorsque l'inflammation a été courte, subaiguë, qu'un caillot a oblitéré la veine cave, comme nous y avons insisté, la guérison est bien plus rapide, et ce traitement la favorise beaucoup.

Mais à côté de ce traitement médical, entre en lutte maintenant un concurrent qui, chaque jour, gagnera du terrain : le traitement opératoire.

Il consiste à extirper le paquet variqueux enflammé : du coup on supprime et le danger de mort et la lésion avec ses perspectives de récidives indéfinies. Nous nous hâtons de dire que cette opération n'est pas du domaine de la chirur-

gie courante : elle constitue essentiellement une intervention d'hôpital, et pour ne pas y ajouter un danger nouveau elle doit être faite par un chirurgien de profession, dans un milieu chirurgical, avec une collaboration et un outillage spéciaux.

Ces réserves faites, qui limitent l'extirpation des varices enflammées à la chirurgie des cliniques, on peut bien dire, comme M. Schwartz, que l'extirpation des varices enflammées est l'idéal en l'espèce, et qu'elle réalise toutes les indications : suppression du danger de l'embolie, suppression du foyer infectieux, suppression des varices et de leurs lésions secondaires. Voici la manière dont procède M. Schwartz, qui est un des vulgarisateurs de cette intervention : Après avoir pris toutes les précautions d'asepsie habituelle, on lie la saphène interne près de son embouchure, « pour empêcher toute migration embolique du caillot durant l'opération ». A l'aide d'une longue incision cutanée, on dissèque ensuite les varices enflammées que l'on enlève après les avoir isolées par des ligatures. On réunit avec drainage au point déclive. On peut, avec bénéfice, profiter de l'anesthésie, pour faire la cure radicale des varices sur l'autre membre, s'il présente aussi les mêmes altérations des veines.

M. Schwartz et plusieurs chirurgiens ont à leur actif plusieurs succès : nous n'avons pas pu trouver de cas dans la littérature médicale, où cette intervention ait donné lieu à des complications mortelles.

Quelles sont maintenant, suivant le cas et le degré des lésions, les indications respectives de ces procédés de traitement ?

Nous inspirant de l'enseignement et de la pratique de M. le Professeur Tédénat, nous dirons que, jusqu'à nouvel ordre, les pansements humides antiseptiques, appliqués et

renouvelés avec persévérance sur les varices qui s'enflamment, suffisent presque toujours à amener la résolution. Les observations que nous devons à notre maître, et que nous rapportons à la fin de notre travail, en sont, à coup sûr, des exemples probants.

Cette conduite s'impose d'ailleurs dans certains cas où le traitement chirurgical est contre-indiqué. Chez les femmes enceintes, par exemple, il ne peut être question d'ablation de varices enflammées, on se bornera à prescrire une immobilité rigoureuse, l'élévation du membre, et on recouvrira les paquets variqueux de compresses résolutives imprégnées d'eau blanche laudanisée, d'eau boriquée ou sublimée. La grossesse impose le traitement médical.

Si l'inflammation n'aboutit pas à l'oblitération variqueuse, on sera toujours à temps de réaliser plus tard la cure radicale par l'opération de Trendelenburg.

De même les petites phlébites variqueuses isolées, peu étendues, échappent aux tentatives opératoires. En quelques jours des pansements humides auront amené la cessation des phénomènes inflammatoires, en quelques semaines les varices seront devenues à leur état primitif.

Enfin une autre contre-indication à l'extirpation est la phlébite suppurée. Dans ce cas, la seule chose que peut et doit tenter le chirurgien, est l'évacuation des foyers qui contiennent un mélange de pus et de sang, source menaçante d'embolies mortelles. L'état général, il va sans dire, doit toujours entrer en ligne de compte.

On voit donc que seuls les paquets variqueux enflammés, chez des individus jeunes, en bonne santé, sont justiciables de l'extirpation. Mais encore celle-ci n'est-elle possible que dans certains milieux hospitaliers, et entre des mains expérimentées. En pratique, il faudra se borner à l'emploi de pansements humides antiseptiques qui donnent de si bons

résultats, mettent à l'abri de l'embolie, amènent la résolution de l'inflammation et préservent de l'ulcère variqueux. (Tédénat).

Observation III

(Due à M. Mallebois, interne).

Phlébite variqueuse oblitérante

S. Bardon, cuisinière, 35 ans, entrée le 22 octobre 1898.

Antécédents héréditaires : mère morte cardiaque à 62 ans ; père bien portant.

Antécédents personnels : réglée à 16 ans, régulièrement mais peu depuis cette époque. Les règles durent trois ou quatre jours.

Pas d'enfants nés de fausses couches.

C'est une malade très grosse dont les tissus surchargés de graisse sont flasques et mous.

Cuisinière depuis 8 ans, elle passe la plus grande partie de ses journées debout et a vécu pendant quelques temps dans une maison très humide.

A eu 2 entorses il y a 6 ans à la cheville gauche, à 2 mois d'intervalle. Elle marcha longtemps avec peine, et se fouda ensuite le pied droit. Elle se plaignit l'hiver d'après de douleurs rhumatismales dans le genou et le coup-de-pied, douleurs très vives accompagnées d'œdème considérable qui nécessita un repos complet d'un mois.

A cette époque déjà la malade était porteuse de quelques petites varices, et c'est de ce moment que date pareillement le début de l'embonpoint que nous constatons actuellement.

Elle a eu aussi des douleurs rhumatismales dans les deux épaules, très vives à droite. Depuis, aussi, la station debout devint très pénible et devait être interrompue par des repos forcés. Elle eut des sensations de frottement dans les deux jambes surtout à gauche et la malade mit longtemps à reprendre sa vie habituelle. Ses varices continuèrent à s'accroître, malgré le port de bas à varices, que la malade n'a d'ailleurs gardés que peu de temps.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Il y a un mois et demi, s'est donné un coup au niveau de la jambe gauche. Il en résulta une plaie des téguments avec issue de sang. Mais la plaie se recouvrit d'une croûte et pendant environ quinze jours la malade continua à marcher. Passé cette date, brusquement et sans cause aucune elle se plaignit sur la face externe de la jambe d'une douleur vive qu'elle compara à une piqûre de guêpe ; à ce moment elle constata au point douloureux une rougeur lie de vin, mais quoique la marche devint pénible, elle continua à vaquer à ses occupations. Les souffrances devenant intolérables et la rougeur gagnant du terrain, elle consulte un D^r qui prescrivit le repos absolu. La jambe était recouverte dans sa partie externe d'une rougeur de la largeur de la main qui s'aggrandissant très vite envahit toute la jambe, tandis que la cuisse s'enflait mais sans rougeur et douleur jusqu'au pli de l'aîne. A ce moment la malade constata nettement que ses varices très douloureuses au niveau de la jambe, étaient plus grosses que d'habitude, cette augmentation de volume s'étendant à la cuisse, mais sans toutefois que le trajet des varices, fût à ce niveau douloureux. Les phénomènes se calmèrent ; la malade vint alors à l'hôpital où elle arriva le 22 octobre.

État actuel

Toute la jambe gauche jusqu'au niveau de la jarrettière est le siège d'une rougeur diffuse, lie de vin, sur laquelle apparaît en un point au niveau de la face interne de la jambe une tâche cuivrée avec un point noir au milieu, qui est, nous dit la malade, l'endroit où s'est produite la contusion, cause de tous les accidents. A simple inspection on remarque au 1/3 moyen de la face externe et au 1/3 supérieur de la face interne des nodosités faisant saillie, que le doigt reconnaît comme donnant la sensation de « gros lombrics » de consistance bosselée, inégalement indurés. Ces cordons noueux se perdent insensiblement dans les tissus voisins. Leur palpation n'est que peu ou presque pas douloureuse. A la portion moyenne de leur trajet existe une nodosité dont le point central paraît fluctuant. Ils roulent mal sous le doigt, semblent fixés dans les tissus

sous-cutanés. Un cordon semblable existe au niveau de la face interne du genou. La saphène interne explorée, est trouvée et porte dans son 1/3 inférieur une nodosité, qui roule sous le doigt. Elle n'est nullement douloureuse — son trajet n'est pas marqué d'une trainée rouge.

Le pied n'est nullement œdématié.

La palpation des tissus enflammés de la jambe ne réveille aucune douleur, pas d'œdème. Les mouvements du genou et du pied sont possibles, non douloureux — pas de ganglions au pli de l'aîne — M. Tedenat porte alors le diagnostic de phlébite variqueuse, avec thrombose partielle des veines dilatées.

Afin d'éviter que les nodosités remarquées sur celle-ci ne s'abcèdent, donnant naissance à un phlegmon variqueux ou à un ulcère, on prescrit des pansements humides au liquide borato-salicylé de Tierch — *Potion à 4 g. de K I.* Enveloppement ouato-caoutchouté — pied élevé sur un coussin.

La rougeur diffuse se localise autour des veines thrombosées — les nodosités variqueuses sont stationnaires, toujours fluctuantes vers leur milieu. — La malade continue à ne pas souffrir, pas de température.

Il n'existe plus de traces de l'inflammation première. La peau commence à se desquammer. Il reste toujours les varices thrombosées, dont le volume est le même avec toujours tendance à la fluctuation.

Pansement sec avec	{	Talc.
		S. nitr. bismuth à à 60 gr.
		Dermatol, 5 gr.

Enveloppement ouaté et bande de caoutchouc.

Le 16 janvier 1899, les divers nodules avaient subi une rétraction scléreuse avec dépression légère de la peau à leur niveau ; la veine saphène dans sa portion crurale était partiellement oblitérée, l'œdème du membre avait diminué.

Observation IV (personnelle)

Phlébite adhésive

Marie G..., ménagère, 38 ans, entrée à l'hôpital suburbain le 12 juin 1899.

Pas d'antécédents héréditaires, a eu des varices à l'âge de 23 ans, et a longtemps exercé sa profession pénible de ménagère sans se soucier de son affection. Mais au bout de quelques années la pesanteur dans les jambes a augmenté et à certains moments cette pesanteur, puis la douleur devinrent si intenses, qu'elle fut obligée, de temps en temps, de garder le lit. La malade nous dit avoir eu au mollet de nombreuses varices serpentine saillantes, formant des cordons rouges flexueux. Il y a 6 mois, la malade fut obligée de suspendre son travail, la station droite devenant pénible, puis impossible. C'est à ce moment qu'elle rentre à l'hôpital pour recevoir les soins de M. Tédénat. M. le Professeur Tédénat examine la malade à la visite du matin, et constate sur toute la jambe, à la face antérieure surtout, un vaste placard inflammatoire, d'un rouge foncé, présentant quelques traînées rougeâtres, flexueuses ; la pression la plus légère détermine une douleur insupportable.

M. Tédénat soumet la malade au traitement que nous avons indiqué précédemment. Il recommande l'immobilisation absolue dans la position horizontale et fait entourer ce large placard inflammatoire de compresses humides antiseptiques fréquemment renouvelées. Au bout de quelques jours de ce traitement, la résolution s'opère, l'inflammation diminue, la pression des veines enflammées devient moins douloureuse. On assiste à un véritable processus d'oblitération, et la malade sort guérie de sa phlébite variqueuse.

Observation V

(due à l'obligeance de M. Mallebois, interne)

Dilatation de la Saphène à la jambe. — Guérison par Phlébite adhésive.

Jeanne C..., 26 ans, couturière. Père rhumatisant. Réglée à 13 ans ; pas de maladies graves ; quelques névralgies frontales ou occipitales à l'occasion d'un surmenage ou d'une fatigue. Se plaint depuis quelques jours d'une douleur sourde, diffuse à la jambe droite, puis rougeur, œdème inflammatoire avec quelques lignes dures et flexueuses. La malade entre dans le service le 17 juin 1897 ; le pouls est à 85, la température axillaire de 37°, 8 le soir.

M. Tédénat conseille d'envelopper le membre d'une couche d'ouate qui sera recouverte d'une lame de caoutchouc et fixé par une bande. Repos absolu au lit. Lait, sulfate de quinine.

Le pansement est changé au bout de quelques jours et l'on constate une légère amélioration.

Le 23 mai. Les veines sont plus distinctes, de consistance dure, moliniformes au doigt explorateur. On constate que les nodules phlébitiques ont diminué considérablement de grosseur. La rougeur du membre pâlit et se localise. Le traitement est continué.

A la fin de juin, la saphène est oblitérée sur presque toute sa longueur ; quand la malade quitte le service, on sent les deux saphènes sous forme de tubes durs, saillants et, au commencement de juillet, la guérison paraît entièrement assurée, sans production de varices nouvelles.

Observation VI

Phlébite adhésive oblitérante des deux saphènes (Benett William, clinical lectures on varicose veins of lower extremities).

Homme de 38 ans qui a souffert longtemps de varices. Il entre à Londres dans le service de M. William Benett.

Pas d'antécédents héréditaires. A part un léger alcoolisme, ses antécédents personnels offrent peu de renseignements. Il exerce la profession d'homme de peine et a négligé de maintenir

ses varices à l'aide d'un bas élastique. Il n'éprouve qu'un sentiment de gêne considérable dans les jambes, mais continue à exercer sa profession jusqu'au jour où une violente douleur l'oblige à rentrer dans un service d'hôpital. Les deux membres sont œdématisés considérablement, et présentent de longues traînées rouges sur le trajet des veines enflammées ; on sent à la palpation des nodules volumineux et très douloureux. Le chef de service propose la résection des saphènes, selon le procédé connu. Mais avant l'opération, le malade ayant été soumis à l'immobilité la plus complète et à l'enveloppement ouaté des membres, on constate, en enlevant le pansement, que l'inflammation a beaucoup diminué, que les veines enflammées ont durci, sont devenues semblables à des cordes dures. Le traitement médical est soutenu, les compresses humides résolitives sont fréquemment renouvelées, et on assiste à une guérison rapide par rétrocession des phénomènes inflammatoires et oblitération durable des deux saphènes.

Le malade sort guéri, sans avoir donc été soumis au traitement chirurgical.

Observation VII (inédite)

Paquet variqueux au mollet. — Phlébite variqueuse. — Guérison par oblitération de la veine dilatée.

Il s'agit d'une femme qui est actuellement âgée de trente ans. Elle n'a jamais eu d'enfant. Dans ses antécédents personnels on ne trouve aucune maladie sérieuse. Jouit d'une bonne santé habituelle ; n'a ressenti depuis plusieurs années qu'une grande pesanteur au mollet qui lui rendait parfois très pénible sa profession de repasseuse. Cette femme s'aperçut qu'elle avait des varices, mais sans doute par négligence elle ne consulta jamais le médecin.

Etat actuel : Entrée à l'hôpital d'Avignon le 20 novembre 1897, parce que la station droite ou la marche étaient devenues impossibles. Aux mollets, surtout du côté droit, on remarque un énorme placard inflammatoire qui occupe les deux tiers de l'étendue de la jambe ; par places se dessinent des cordons

rouges enflammés très douloureux à une pression même légère : quelques phlébolithes peuvent être perçus et présentent une très grande consistance. L'œdème inflammatoire est assez développé.

On soumet la malade au repos le plus absolu : mais cette prescription seule ne suffit pas à amener la résolution ; on place alors sur cette région enflammée de larges compresses humides antiseptiques. Au bout de quelques jours, légère amélioration, puis continuation du traitement et compression ouatée. La résolution ne tarde pas à être manifeste et la malade a échappé aux accidents redoutables de l'embolie par oblitération permanente de la veine enflammée.

Nous n'avons plus revu la malade depuis.

CONCLUSIONS

I. La phlébite variqueuse est relativement fréquente. Elle se développe sous l'influence de causes générales ou locales : les ulcères variqueux sont très souvent la porte d'entrée de l'infection.

II. La phlébite variqueuse ne diffère en rien, au point de vue pathogénique de la phlébite en général : c'est une infection qui se localise sur l'endoveine et détermine soit la phlébite adhésive avec thrombose oblitérante, soit la phlébite suppurée.

III. Au point de vue clinique, on admet trois groupes de phlébites variqueuses (Schwartz) : la phlébite tronculaire ; la phlébite des paquets variqueux ; la phlébite profonde.

IV. La phlébite variqueuse à une terminaison variable. Elle peut tuer par pyohémie ou par embolie pulmonaire, ou guérir après ou sans suppuration.

Le plus souvent la guérison survient sans suppuration, et il se produit une oblitération définitive de la veine ou du paquet variqueux. La phlébite joue alors un rôle curateur et le mécanisme de la guérison des varices n'est que l'imitation de ce que fait l'inflammation de la veine sclérosée.

Le traitement se réduira presque toujours à l'immobilité absolue, et à l'application permanente de compresses humides antiseptiques pour amener la résolution. (Tédénat). Exceptionnellement et dans des conditions parfaites de milieu et d'assistance, un chirurgien pourra recourir à l'extirpation de la veine thrombosée (Schwartz.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEURNIER. — Les varices, 1894. Bibliothèque Charcot, p. 80.
- BLOT. — Cure radicale des varices volumineuses par phlébite adhésive. Bulletin société chirurg., 1862.
- BOBILLIER. — De la phlébite des membres et principalement de son traitement. Th. Paris, 1857, n° 196.
- A. BROCA. — Etudes cliniques sur la phlébite variqueuse. 1889, Revue de clinique, des varices chez les femmes enceintes.
- BUDIN. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
- CAZIN. — Des varices pendant la grossesse et l'accouchement, Arch. de tocologie, 1880, t. VII, p. 513.
- CHABENAT. — De la mort subite par embolie pulmonaire dans les veines enflammées.
- CLARY. — Thèse de Paris, 1874.
- DAVAT. — Etude sur l'oblitération des varices. Bull. et mémoires Soc. de clin., t. IV, p. 511.
- DELMONT. — Des varices des membres inférieurs. Th. Paris 1869, p. 43.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 2^e édition, t. J.
- GAUTIER. — Phlébite variqueuse du mollet. Thrombose de la veine fémorale gauche.
— Bull. soc. an. Paris. 1879, 4^e série.
- HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des maladies fréquentes. Paris, 1870, p. 633.
- HÉVIN. — Cours de pathologie et thérapeutique chirurgicales. Paris, 1793, T. I. p. 142.
- JOUSSEAUME. — Des varices. Thèse de Paris, 1852, n° 36, p. 17.
- LE BRANCHU. — De la nature infectieuse des phlébites. De la phlébite variqueuse. Thèse de Paris, 1893-1894, n° 375.
- LAFAGE. — Essai sur les ulcères variqueux et leur traitement. Thèse de Paris, 1868.

- LE DENTU. — Varices. Embolie pulmonaire. (Bull. Soc. an. 1863, 2^e série).
- LISFRANC. — Traitement des ulcères variqueux par la ligature et la section des veines. (Ac. de médecine, sect. de chirurgie, 24 juin 1897).
- O. MARQUET. — De l'inflammation spontanée des veines variqueuses chez les femmes enceintes. Thèse de Paris, 1876.
- MOYDIEU. — De l'inflammation des varices, considéré surtout au point de vue de la pathogénie. Thèse de Paris, 1881, n° 16.
- MÉRIEUX. — Contribution à l'étude clinique de phlébite variqueuse suppurée. Thèse de Paris, 1896.
- NIVERT. — De l'inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs chez les femmes récemment accouchées. (Arch. gén. de méd., 1862, 5^e série).
- QUÉNU. — Art. varice du traité de Duplay et Reclus, t. II, p. 229.
— Phlébite variqueuse survenue dans la convalescence de la grippe ; Bull. de la Soc. médic. de l'Elysée, février 1890.
- RIBES. — Exposé succinct sur la phlébite.
- SCHWARTZ. — Varices, in articles Veines. (Nouveau diction. de chirurg. et de méd. pratique), 1885.
— Article Varices, Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, T. IV, p. 403.
- TERRILLON. — Varices profondes et coup de fouet. In Bull. gén. de thérapeutique (1882) p. 425.
- THIÉBAUX. — Essai sur le traitement des varices des membres inférieurs. Th. Paris. 1854, n° 225 p. 11.
- VAQUEZ. — De la phlébite des membres. In clinique médicale de la Charité, 1894.
- VERNEUIL. — Des formes graves du coup de fouet. In Archive de médecine 1887.
- VILON. — De la phlébite variqueuse post-puerpérale (pseudo-phlegmatia alba dolens) Th. de Paris, 1888, n° 175.
- WIDAL (Fernand). — Etude sur l'infection puerpérale la phlegmatia alba dolens et l'Erysipèle. Th. de Paris, 1889.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, Je promets et Je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si Je suis fidèle à mes promesses.

Que Je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
